48e Année, IIIe Série, t. II. NUMÉRO 53. 30 décembre 1880.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le N° : 20 cent.— Par la poste : 25 cent.

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Vente au Numéro chez tous les Libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements

BANQUE FONCIÈRE

Société Anonyme — Capital : 1,000,000

Siège social : à Paris, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

BULLETIN FINANCIER

La fermeté manifestée par le marché s'accentue. Les différences que l'ensemble de la cote enregistre ne comportent pas encore des chiffres élevés, mais il est incontestable qu'une amélioration très notable se produit dans les tendances de la place.

La cause de ce changement favorable réside dans la détente attestée dans la situation monétaire par le bilan de la Banque de France de cette semaine. Loin de décroître, les réserves métalliques de la Banque ont obtenu cette semaine une élévation assez importante : 10 millions environ, dont 8 1/2 millions d'or.

Les ventes qui ont été opérées sans arrêt depuis le début du mois, ont dû alléger sensiblement les positions prises à la hausse sur nos Rentes par la spéculation. Bon nombre des primes vendues sont levées au niveau actuel. Un faible effort suffirait pour faire monter la cote et obliger à des rachats les vendeurs de primes.

Les marchés extérieurs témoignent, comme le nôtre, d'une fermeté de bon aloi.

Ainsi que nous l'avons souvent exprimé ici, nous ne sommes pas partisans des valeurs étrangères; nous croyons qu'il est prudent de profiter des hauts cours actuels pour échanger ces valeurs contre des titres plus sûrs et donnant un revenu au moins aussi élevé.

Nous conseillons donc à nos lecteurs d'arbitrer leurs valeurs étrangères, contre des actions de la Compagnie d'assurances « l'Etable » a 296 fr. C'est une Société bien administrée dont les opérations ont augmenté chaque année, depuis trois ans qu'elle existe puisque le chiffre des assurances, qui était de trois millions la première année, devra dépasser cette année le chiffre de dix millions.

Ils trouveront un arbitrage non moins avantageux dans les actions de la Société Foncière de Montrouge, que la Banque Foncière va mettre à la disposition de sa clientèle et dont nous recevons les nouvelles les plus favorables. Il paraît aujourd'hui certain que la revente des terrains ne se fera pas au-dessous de 8 fr. le mètre, et que toutes les parties faisant angles et bordures seront revendus de 12 à 15 fr. le mètre ; on peut donc compter sur un bénéfice de 7 fr. le mètre, ce qui, sur 129,000 mètres de terrain, laisserait une plus-value de 800,000 francs soit plus de 100 p. 100 de capital engagé.

(Banque Foncière.)

La séance de l'Académie.

La dernière séance de l'année 1880 n'a point brillé par l'intérêt non plus que par la variété des exercices académiques. Toujours ces affreuses urnes vertes qui circulent pour recueillir les bulletins des académiciens ! La seule attraction des élections était la nomination de M. Hermann (de Mulhouse), qui empruntait à la situation particulière de notre concitoyen, un caractère de patriotisme qui a décidé le succès. M. Desgranges, présenté en première ligne, a fait les frais de cette manifestation patriotique en restant sur le carreau. M. Gavarret a remercié l'Académie de la distinction dont elle l'avait honoré à la séance précédente, et puis nous avons assisté à une lutte fratricide.

Trois accoucheurs se sont ligués contre un quatrième pour démolir sa communication. M. Guéniot s'est défendu comme un héros. Il tenait à ses nœuds et se cramponnait à son cordon. Mais que vouliez-vous qu'il fît contre trois? M. J. Guérin a voulu intervenir dans ce débat, et bien mal lui en a pris : aussitôt, les quatre accoucheurs, désunis tout à l'heure, ont fait alliance pour lui apprendre à ne pas intervenir dans une querelle de famille et à se garder de mettre ainsi le doigt entre l'arbre et l'écorce. C'est toujours l'histoire de monsieur Prudhomme, voulant séparer deux combattants et recevant une effroyable volée pour prix de son intervention.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ostéotomie sus-condylienne du fémur dans le genu valgum, par Paul Bruns, de Tubingue. (Centralblatt für chir.; août 1880.)

L'auteur s'élève contre l'opération d'Ogston, parce que son principe est en désaccord avec les observations si exactes de Mikuliez, observations d'après lesquelles le genu valgum des adolescents consiste, non pas dans un allongement du condyle interne du fémur, mais dans une incurvation des extrémités diaphysaires du fémur et du tibia. (V. Langenbeck, s. Arch. Bel. XXIII, p. 762.) De plus cette opération s'accompagne ou peut s'accompagner d'une série d'inconvénients ou d'accidents plus ou moins graves : défaut de concordance entre les surfaces articulaires ; impossibilité de fléchir les membres ; forte tension des parties molles sur le côté extérieur du genou quand on procède au redressement, tension qui est allée jusqu'à la rupture du ligament latéral externe et qui peut occasionner une paralysie temporaire ou permanente du nerf péronier; arrêt ou développement longitudinal du fémur opéré, ankylose fibreuse; arthrite déformante traumatique. Elle compte enfin deux cas de mort par septicémie, plusieurs cas de suppuration du genou avec ankylose, ou d'arthrite intense avec raideur longtemps persistante; un cas de nécrose de condyle réséqué, de phlegmon consécutif à la cuisse et à la jambe, etc., etc. On n'observe rien de semblable pour l'ostéotomie extra-articulaire, laquelle respecte le genou, en même temps qu'elle repose sur des principes rationnels. Aussi l'auteur pense-t-il qu'il faut pratiquer l'ostéotomie sur l'extrémité diaphysaire du fémur ou sur celle du tibia suivant le siège de l'incurvation.

Il laisse de côté l'ostéotomie du tibia, pour ne s'occuper que de l'ostéotomie sus-condylienne du fémur, opération moins commune en Allemagne et qui a été pratiquée d'abord par Chiene et Mac Ewen en 1877. Chiene a rapporté sept cas d'ostéotomie cunéiforme, tous guéris dans l'espace d'un mois, sans raideur du genou. Mac Ewen a publié trente succès personnels, sans compter plusieurs autres opérations faites par des chirurgiens de Glasgow. En Allemagne, l'ostéotomie sus-condylienne a été pratiquée une fois par Billroth (sur les deux membres; mort d'érysipèle trois mois et demi après), une fois par Kocher (ostéotomie-cunéiforme, succès), et deux fois par Czerny (ost. linéaire). A ces faits, l'auteur ajoute six faits nouveaux relatifs à des opérés qui avaient de 15 à 21 ans; ces résultats ont été des plus satisfaisants.

Après avoir dit que la simple ostéotomie linéaire (avec le ciseau) convient à la plupart des cas, il résume ainsi le manuel opératoire : « L'incision cutanée est faite sur le côté interne de l'extrémité inférieure de la cuisse, dans le sens longitudinal, et se termine en bas à un ou deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la rotule. L'incision a une longueur de 4 à 5 centim. On l'approfondit directement à travers le muscle vaste interne jusque sur l'os. Celui-ci est divisé avec le ciseau, jusqu'à ce qu'on obtienne le redressement sans grande violence en fracturant le point osseux qui reste. En dernier lieu, drainage et suture de la plaie des parties molles, pansement antiseptique. Le membre est fixé en bonne direction dans un appareil plâtré fermé et au moyen d'une attelle convenable. »

Voici maintenant le résultat de six opérations dont deux faites par Bruns père et quatre par l'auteur lui-même.

Un cas d'ostéotomie linéaire sous-cutanée; guérison de la plaie par première intention. Consolidation, dans une direction parfaite, au bout de six semaines; après trois semaines d'exercice le genou était redevenu complètement mobile. Cinq cas d'ostéotomie cunéiforme. Dans l'un, il y eut gangrène limitée des deux bords de la plaie ; dans quatre autres cas, la réunion de la plaie fut primitive. Consolidation dans l'espace de cinq à sept semaines. Dans quatre de ces cas on peut constater, après six mois, deux ans, que le membre opéré était complètement droit et qu'il avait recouvré toutes ses fonctions. (V. Chalot, Gaz. Hebd., de Montpellier, septembre 1880.)

Traitement des bubons suppurés de l'angine diphthéritique et de l'angine scarlatineuse. Bouchut.

L'adénite est un symptôme presque constant de l'angine diphthéritique et de l'angine scarlatineuse. Elle se présente sous deux formes : le gonflement ganglionnaire isolé ou le gonflement périganglionnaire avec empâtement du tissu conjonctif voisin. Dans le premier cas, elle se traduit par la présence d'une petite tumeur sous-maxillaire douloureuse à la pression, qu'il ne faut pas confondre avec l'amygdale tuméfiée, et, dans le second, toute la région sous-maxillaire et auriculaire est empâtée comme dans les oreillons. Cette forme est la plus fâcheuse et donne au pronostic une gravité considérable.

Lorsque l'angine guérit, l'adénite disparaît en général, mais il y a des cas particuliers dans lesquels, après guérison du mal de gorge, le processus inflammatoire de l'adénite, au lieu de se résoudre, continue à se développer et aboutit à la formation d'un phlegmon et d'un abcès. Bretonneau en a cité deux exemples. J'en ai vu un assez grand nombre, mais eu égard à l'innombrable quantité d'angines couenneuses observées, on peut dire que cette terminaison est rare. Il y a bien des médecins qui dans une longue pratique de la ville ne l'ont jamais vue. C'est presque une complication d'hôpital, et sur le traitement de laquelle j'ai publié divers documents dans les journaux de médecine et dans la *septième édition de mon Traité des maladies des enfants*.

Plusieurs de ces faits se sont présentés cette année dans mon service les uns après l'angine diphthéritique ordinaire, les autres après l'angine diphthéritique scarlatineuse. Les abcès formés ont dû être ouverts, et, sauf dans un cas de mort, après décollement considérable, les autres ont guéri.

Le traitement de ces bubons est à la fois préventif et curatif. On peut en prévenir le développement et on doit l'essayer. Voici par quels moyens. Dès que dans une angine, il y a engorgemen

ganglionnaire, il faut couvrir l'adénite avec la pommade suivante :

Axonge.................... 60 grammes.
Onguent mercuriel........ 10 —
Extrait de belladone....... 1 —

gros comme une noisette toutes les heures ou bien de la même façon avec :

Axonge.................... 60 grammes.
Iodure de plomb.......... 1 —
Extrait de belladone....... 1 —

Après avoir mis la pommade, on entoure le cou avec une cravate de laine.

C'est dans le même but abortif qu'on applique du collodion riciné.

Collodion.................. 25 grammes.
Huile de ricin............. 5 —

mais ce moyen ne m'a jamais donné de bons résultats dans l'angine diphthéritique.

Si la tumeur augmente et rougit, il faut appliquer des cataplasmes de farine de lin huilée, de mie de pain dans du lait, d'amidon et d'huile d'amandes douces. Chaque jour, le médecin devra examiner la tumeur avec soin, la palper avec attention pour découvrir les premiers signes de fluctuation qui pourraient se montrer. C'est là en effet le point le plus délicat du traitement. Il ne faut pas se faire d'illusion. Les plus habiles se trompent lorsqu'il s'agit de reconnaître la fluctuation d'un abcès sous-maxillaire diphthéritique. Dans cette région, la suppuration est très difficile à découvrir, d'abord parce qu'elle est profonde, qu'elle est diffuse avant d'être en foyer, que la tumeur est élastique, appuie sur une base mobile dépressible, et donne parfois une pesanteur de fluctuation qui n'existe pas.

Mais, dira-t-on, on peut attendre que l'abcès soit superficiel ? Non, si l'on attend la trop grande évidence de la fluctuation, le foyer est trop grand, il y a des décollements profonds, plusieurs foyers peuvent se réunir par de petites boutonnières, former ce qu'on appelle les *abcès en bouton de chemise* et une fois ouverts, on a des accidents septicémiques mortels. Il ne faut donc pas trop attendre; il faut ouvrir ces abcès le plus tôt possible, comme dans l'observation suivante de M. Triboulet, rapportée dans une thèse récente de M. Gaudrey.

Marie Tieffer, âgée de 6 ans 1/2, était depuis le 20 mai dans le service de M. le Dr Triboulet, en traitement pour une tumeur blanche du genou, quand le 16 juillet, elle fut prise d'un assez violent mal de gorge.

Le 17. L'angine fut reconnue diphthéritique et on fit passer l'enfant dans les salles réservées à cette affection.

Le 18. On trouve dans l'arrière-gorge des fausses membranes assez abondantes. Les ganglions sont engorgés et douloureux. Jusqu'au 24, la quantité des fausses membranes augmente en même temps que l'engorgement ganglionnaire.

Le 26. On constate qu'il y a moins de fausses membranes et cependant les ganglions, surtout deux du côté gauche, sont de plus en plus volumineux.

Le 28. Les fausses membranes disparaissent. Du côté gauche du cou la peau est rouge, luisante, tendue ; la pression, très douloureuse, fait sentir nettement la fluctuation dans une partie du cou assez limitée. L'ouverture qu'on fait à l'abcès en laisse sortir une assez grande quantité.

Le 29. Paralysie du voile du palais.

Le 31. On observe au côté droit du cou les mêmes phénomènes observés le 28 au côté gauche. L'abcès est plus volumineux et après l'incision, il en sort une grande quantité de pus.

L'état général devient de plus en plus satisfaisant et le 10 août, la guérison est complète.

Pour ouvrir ces abcès sans danger d'hémorrhagie grave, lorsqu'ils sont un peu profonds, il y a des précautions à prendre. Il ne faut pas ponctionner et agrandir avec le bistouri. Lorsque sur le point présumé fluctuant on a enfoncé le bistouri à une petite profondeur et qu'il ne sort pas de pus, ce qui arrive quelquefois, il faut se servir de la sonde cannelée. En l'enfonçant, on pénètre souvent dans le foyer purulent et elle opère sans danger, ce que n'aurait peut-être pu faire le tranchant du bistouri. Cela fait, on peut agrandir, si la chose est nécessaire, on peut apprécier l'étendue de l'abcès, constater le décollement et s'il en existe un par trop étendu, l'extrémité de la sonde peut servir à une contre-ouverture et au passage d'un drain. Ce temps de l'opération étant accompli, on place une mèche imbibée d'huile phéniquée ou bien l'on fait des injections d'eau phéniquée par le drain lui-même. Le tout doit être recouvert pendant quelques jours avec des cataplasmes phéniqués,

Si l'abcès n'est pas trop considérable, il se ferme par degré et l'enfant guérit, sans difformité, à moins que la fonte du tissu conjonctif inter-musculaire n'amène un état cicatriciel profond suivi de torticolis. Dans le cas où il y a décollement étendu, la guérison est longue, problématique et les enfants succombent dans un état septicémique causé par cette suppuration.

(*Paris Médical*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *décembre* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

Correspondance : Elle comprend 1° une lettre de M. le Dr **Gaujot**, professeur au Val-de-Grâce, propose sa candidature dans la section de médecine opératoire ;

2° Une lettre de remerciement du Dr **Boutet** (de Chartres), nommé récemment membre correspondant ;

3° Une notice sur les travaux de thérapeutique du Dr Ch. **Brame** à l'appui de sa candidature aux titres de correspondant ;

4° Une lettre de M. **Cambassédès** (du Gard) accompagnant la relation d'une épidémie de variole observée en 1879. (Com. des épidémies) ;

5° Une deuxième note de M. A. **Laveran**, professeur agrégé du Val-de-Grâce, relative à un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la deuxième division de la chirurgie.

La commission présente la liste suivante de candidats : 1° M. **Desgranges** (de Lyon) ; M. **Hermann** (de Mulhouse) ; 3° **Bourget** d'Aix) ; 4° **Delore** (de Lyon) ; 5° **Michel** (de Nancy) ; 6° Cazin (de Boulogne).

L'Académie a adjoint M. **Sarrazin**. M. **Hermann** obtient 29 suffrages. M. **Desgranges**, 27 ; M. **Sarrazin**, 3 ; M. **Cazin**, 2 ; M. **Michel**, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour de scrutin,

2e tour. — M. **Hermann**, obtient 46 suffrages ; M. **Desgranges**, 27. — En conséquence, M. **Hermann** est élu.

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions pour l'année 1881.

Commissions des épidémies : M. **Raynaud** et **Léon Colin** ; Eaux minérales : **Proust** et **Constantin Paul**, Remèdes secrets : **Yung-fleisch** et A. **Fournier**, vaccine : **Guéniot** et **Legouest**, Hygiène de l'enfance : **Lagneau** et **Roger**.

Une discussion assez confuse s'engage entre MM. **Guéniot**, **Tarnier** et **Depaul**, au sujet de l'observation du premier de ces académiciens. M. **Tarnier** dit avoir fait des expériences qui lui permettent d'affirmer que les nœuds du cordon n'opposent pas à la circulation d'obstacle sérieux.

M. **Depaul**, de son côté, a observé des centaines d'enfants ayant présenté cette particularité à leur naissance, sans inconvénient appréciable pour eux.

M. **Blot** confirme les faits avancés par MM. **Depaul** et **Tarnier**. M. **Guéniot** répond que, cherchant à expliquer la mort de deux fœtus, il s'était rattaché à l'hypothèse qu'il avait formulée, comme étant la plus probable, sans vouloir cependant donner à son affirmation un caractère absolu.

M. **Guérin** fait observer que peut-être on n'a pas fait l'autopsie avec

assez de soin pour se rendre compte de la cause positive de la mort. M. **Depaul** lui répond que de nombreuses autopsies ont été faites et que jusqu'ici la science est encore indécise sur ce point.

L'Académie se forme en comité secret à 8 heures.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Etudes nouvelles sur la nature de la Malaria.

Le *Journal d'hygiène* a été le premier organe scientifique qui ait fait connaître en France les remarquables travaux entrepris en Italie par les professeurs Edwin Klebs et Tommasi-Crudeli, travaux qui ont conduit ces savants à une découverte de la plus haute importance, à savoir celle de l'agent spécifique de la malaria.

Nous n'avons pas à revenir sur le premier mémoire qu'ils ont publié en juin 1879, *De la nature de la malaria*, mémoire dont nous avons littéralement traduit les conclusions (Voir le n° 147 du journal).

Nous n'insisterons pas davantage sur la note dans laquelle M. le prof. Tommasi-Crudeli exposait le résultat de ses études en Sicile sur le *Bacillus malariæ*. Nous avons déjà consacré un long article à ces recherches.

Depuis, les observations relatives à ce parasite ont été continuées par MM. :

Pr Perroncito, de l'Ecole vétérinaire de Turin;

Pr Ceci, de l'Université de Rome;

Dr Cuboni, de l'Université de Rome ;

Pr Marchiafava, chef des travaux d'anatomie pathologique de la même Université ;

Drs Valenti, Ferraresi, Sciammanna, Piccirilli, de l'Université de Rome.

Voici les résultats obtenus par ces nouveaux observateurs :

1° Dans tous les terrains à malaria de l'Ager Romanus, on a trouvé le *Bacillus malariæ* déjà développé (Cuboni), et, par des cultures artificielles, on a pu le produire en grandes quantités. Il n'a pas été possible de le rencontrer dans les terres prises dans les localités salubres de la Lombardie (Cuboni);

2° Ce même Bacillus s'accumule parfois en quantité si considérable dans les couches d'air qui surmontent les terrains à Malaria, pendant les chaudes journées de l'été, que, pour le recueillir, les appareils spéciaux sont inutiles. Il se trouve en abondance dans la sueur du front et des mains (Cuboni).

3° Pendant l'ἀκμή de la fièvre, on a constamment les sporules du Bacillus malariæ :

(*a*) Dans le sang des lapins auxquels on avait fait contracter une infection malarique (Ceci) ;

(*b*) Dans le sang tiré de la veine d'hommes atteints d'affections palustres (Marchiafova, Perroncito, Ferraresi);

(*c*) Dans le sang extrait de la rate de ces mêmes malades, par un procédé imaginé par le Dr Sciammanna;

(*d*) Dans les cultures de ce sang on a obtenu le Bacillus parfaitement développé et présentant les mêmes formes déjà décrites par Klebs et Tommasi-Crudeli (Ceci, Cuboni, Ferraresi);

(*e*) Il en a été de même pour les cultures entreprises avec la rate de personnes mortes de fièvre pernicieuse (Cuboni). Les cultures faites avec la rate de personnes ayant succombé à d'autres maladies, dans des régions non malariques, ont donné des résultats négatifs.

4° Si l'on injecte le sang extrait de la veine de malades atteints de fièvre palustre dans le tissu sous-cutané de chiens, on reproduit chez ces animaux la maladie typique (Marchiafava, Ferraresi, Valentini, Sciammanna, Piccirilli.)

5° Dans tous les cas où le sang des malades atteints de fièvre palustre a été extrait de la veine pendant *la période d'invasion* de la fièvre, ce sang contenait parfois en quantité considérable le *Bacillus malariæ* en plein développement (Marchiafava, Ferraresi). Dans l'acmé de la fièvre, au contraire, comme nous l'avons déjà dit, (parag. 3,) les Bacillus disparaissent pour faire place aux sporules.

La constance de ce dernier résultat, analogue aux faits observés dans l'étude du *Spirillum* qui produit le typhus, est d'une importance considérable dans la question qui nous occupe. Tout d'abord il nous donne l'explication de la différence des résultats obtenus pendant l'été 1879 par le prof. Marchiafava, à la suite de l'examen du sang de cinq individus morts de fièvre pernicieuse, examen fait immédiatement après leur mort. Chez trois d'entre eux, le sang des veines et du cœur contenait un grand nombre de Bacillus à des degrés très avancés de développement; tandis qu'il ne fut pas possible de trouver dans le sang des deux autres un seul Bacillus, mais seulement une quantité notable de spores. Les faits nouveaux observés à Rome, cette année, nous permettent de croire que très probablement les trois premiers individus avaient succombé pendant que la période d'invasion de la fièvre durait encore; les deux autres, au contraire, avaient dû périr pendant l'acmé fébrile.

Les expériences sur les animaux ont démontré que le siège d'élection du parasite qui produit l'infection palustre, sont la rate et la moelle des os, organes dans lesquels on observe constamment les plus graves altérations pathologiques chez les personnes qui ont succombé à cette affection. Il est vraisemblable que la production des générations nouvelles du parasite, dans ces organes, varie de rapidité et d'étendue suivant la qualité du terrain dont provient le parasite ; ceci expliquerait la grande variété que l'on observe dans la durée de l'intermittence de la fièvre palustre. Probablement l'accès fébrile ne se produit qu'au moment où l'émission des parasites, venant principalement de la rate, arrive à un degré tel que ceux-ci se trouvent ainsi en masse dans le sang : peut-être aussi le froid de l'invasion fébrile est-il dû à l'irritation des nerfs vaso-moteurs, à la suite de la présence de cette armée d'envahisseurs dans le système circulatoire.

Ces organismes trouvent dans le sang des conditions plus favorables pour accélérer leur évolution (température élevée, oxygène emmagasiné dans les globules rouges), aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si leur désorganisation est déjà complète dans l'acmé de la fièvre; tandis que, d'autre part, la grande quantité des réductions subies par les principes du sang et des tissus, et résultant des actes multipliés d'assimilation et d'excrétion de ces organismes, explique aisément le développement de la chaleur fébrile.

M. le prof. Tommasi-Crudeli qui nous a fait l'honneur de nous écrire, pour nous remercier de la part que nous avons prise dans la divulgation de sa découverte, exprime l'espoir que la publication de ses recherches, en langue française, sera la source de nouvelles observations utiles.

« Dès que la nature de la cause des fièvres de Malaria sera bien établie, nous dit-il, nous pourrons procéder plus hardiment dans les recherches destinées à nous faire découvrir un moyen pratique de préservation.

« Je me permets d'ajouter ici quelques recommandations à faire aux collègues qui voudront bien entreprendre et étendre ces recherches. Un agrandissement de 500 à 600 diamètres suffit pour voir les formes du *Bacillus malariæ* dont j'ai parlé. Mais pour saisir tous les détails de leur structure et les identifier avec les types décrits par Klebs et moi, il faut que cet agrandissement soit obtenu par le moyen *de forts objectifs*, et en se servant de faibles oculaires, afin que tous les contours soient parfaitemen nets. Un bon objectif de la force du n° 10 de Hartnach, ou dut

1[12 de pouce de Zeiss, est le plus approprié à ce genre de recherches.

« Dans les premières observations, afin d'arriver à se former une idée exacte du fait, il vaut mieux employer quelques précautions spéciales dans la récolte du sang. Au lieu de le prendre dans les capillaires de la peau, il est préférable de le soutirer directement de la veine. Après avoir bien lavé la peau et ouvert la veine, il faut recueillir le sang dans des tubes à extrémités capillaires (préparés au moment même) et fermer tout de suite ces extrémités à la lampe. Les tubes sont maintenus dans une position verticale, tant que la coagulation n'a pas eu lieu, ou que la précipitation des globules rouges dans la partie inférieure n'est pas complète. Alors on examine au microscope le sérum, particulièrement celui des couches supérieures. On arrive de la sorte à éviter de confondre le Bacillus avec des filaments de fibrine, ou de ne pas le voir, caché comme il peut être au milieu de la masse des globules rouges. Il va sans dire que toutes ces précautions deviennent inutiles, lorsqu'on a plusieurs fois vu nettement ces formes et lorsque les parasites se comptent par centaines comme il arrive souvent. »

En terminant, nous ne craignons pas d'adresser au savant professeur de Rome les félicitations et les encouragements de la Société française tout entière. Quant au Journal, il sera toujours fier d'ouvrir largement ses colonnes à des recherches qui marquent une étape brillante sur la voie du Progrès scientifique.

(*Journal d'hygiène.*)

EM. VAISSON.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement du rhumatisme cérébrale par la méthode réfrigérante, par M. Maurice RAYNAUD.

(Suite.)

Quelle est l'action des bains froids sur les fonctions de la vie organique? La plus appréciable, la première à signaler, est, comme on peut s'y attendre, l'abaissement de la température du corps. Cet abaissement varie de 1 à 3 degrés, ou 3 degrés et demi, quelquefois 4.

Ainsi un malade dont la température axillaire était, je suppose, de 41 degrés, se trouve ramené à 39, à 38 ou 37 degrés, c'est-à-dire à un degré de température qui est compatible avec la vie. On peut même, par une prolongation suffisante des bains, descendre au-dessous de ces chiffres, mais sans avantage bien manifeste.

Ce qui est fort remarquable, c'est l'accord frappant qui existe entre l'abaissement de la température et la diminution du nombre des pulsations et de celui des mouvements respiratoires.

Je fais passer sous les yeux de l'Académie un tracé suivi pendant une douzaine de jours, avec une moyenne de quatre à cinq bains par jour. Il est aisé de s'assurer, par un simple coup d'œil, que la courbe du pouls et celle de la respiration suivent très sensiblement celle de la température, montant et descendant avec elle. Il n'est pas rare de voir, pendant des séries de jours, le pouls baisser, à chaque bain de 30 à 35 pulsations. Je l'ai vu une fois descendre dès le premier bain des environs de 160 à 180 pulsations. Il n'y a pas de médicament au monde qui produise des résultats semblables, ni surtout si rapides. La digitale elle-même en est bien loin.

Est-ce le froid, en tant qu'agent de rafraîchissement, qui produit cette diminution du pouls? Ici permettez-moi d'exprimer un doute fondé sur la considération que voici : il m'est arrivé souvent, me tenant auprès du malade, pendant le bain, de constater qu'au bout de cinq, dix minutes déjà, le ralentissement du pouls se faisait sentir. En même temps l'artère radiale devenait plus dure, plus serrée; on sentait qu'elle s'était contractée. Il y avait là une augmentation notable de la tension artérielle. Or, vous savez le rapport que les recherches de notre savant collègue M. Marey ont établi entre la fréquence des battements du cœur et la tension artérielle, celle-ci étant d'une manière générale en raison inverse de celle-là. Il est bien difficile d'admettre qu'un refroidissement appréciable du sang ait pu se produire en un temps si court. Très vraisemblablement il se produit là un acte réflexe ayant pour point de départ les nerfs de la peau, et pour point d'arrivée les vaso-moteurs artériels. Un mécanisme analogue peut être invoqué, soit pour le ralentissement de la respiration par l'intermédiaire du nerf vague, soit pour la production du frisson.

Mais pour que l'amélioration soit réelle et durable, il ne suffit pas d'avoir ce ralentissement du pouls, il faut un refroidissement du sang constatable par la température rectale, et pour cela on doit un certain temps; c'est pour cette cause que quelquefois, malgré le frisson, il faut encore continuer l'immersion.

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'après le bain, le réchauffement se produise en progression régulière, comme il en adviendrait pour un corps inerte soumis à l'action d'un foyer de chaleur interne. Les choses ne se passent pas avec cette simplicité dans le corps vivant.

Après le bain, il se produit constamment un grand bien-être. La peau est fraîche au toucher. Après avoir quelquefois continué quelques instants à frissonner dans son lit, le malade goûte un peu de sommeil, ce qui est toujours un excellent signe; puis vient une période très variable, car elle peut durer de trois à quinze ou seize heures, pendant laquelle la température reste à un degré modéré; c'est à peine si elle s'accroît d'un dixième de degré par heure; puis tout d'un coup la température prend une marche ascensionnelle, et en une heure elle s'accroît d'un degré, d'un degré et demi.

Je n'oserais affirmer que cette ascension, d'abord lente pendant plusieurs heures, puis prenant un essor subit au bout d'un certain temps, soit un fait absolument constant. Je l'ai nettement observée et attentivement suivie dans un cas défavorable.

Dans les cas heureux, chaque ascension thermique après un bain est moindre que celle qui avait suivi le bain précédent; et l'on voit la température marquer successivement des chiffres de plus en plus bas jusqu'à ce qu'elle se fixe enfin à 37 degrés, chiffre normal.

Il est intéressant de rechercher maintenant ce qu'il advient des douleurs rhumatismales. Depuis très longtemps, dans l'idée d'une métastase, on s'efforçait de rappeler les phénomènes douloureux sur les articulations primitivement malades; on se disait que les accidents cérébraux ayant suivi la suppression des douleurs, il y avait lieu d'espérer que la réapparition des douleurs ferait cesser les accidents cérébraux. Il n'y avait rien là que de parfaitement rationnel, et je me garderai bien d'attaquer en face cette manière de voir, qui est encore celle de la majorité des médecins.

Je dirai même, par parenthèse, qu'à mon avis, l'on a peut-être aujourd'hui trop de tendance à faire bon marché de la métastase. C'est ainsi que l'un de nos confrères les plus distingués des hôpitaux, que j'espère bien, dans un avenir peu éloigné, voir faire partie de cette Académie, M. E. Besnier, dans son bel article Rhumatisme du Dictionnaire encyclopédique, combat franchement la métastase, comme un legs suranné de l'ancienne médecine. Il pense que, sans chercher si loin, la suppression des douleurs rhumatismales s'explique tout naturellement par ce qu'il appelle l'*anesthésie cérébrale*, celle-ci tenant à la gravité même du mal. — Il me paraît oublier trop facilement que ce n'est pas seu-

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MEDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de biologie.

QUARANTE-HUITIÈME ANNÉE, 3e SÉRIE

PARIS

TYP. A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31.

1880

lement la douleur qui disparaît, mais avec elle tous les autres phénomènes articulaires : la rougeur, la tuméfaction, l'épanchement synovial, ainsi que la dilatation veineuse autour des jointures malades.

Par conséquent, oui, il y a métastase; et s'il était possible de déterminer artificiellement cette métastase, ce serait pour le mieux. Mais le peut-on? Ce que je puis dire sans trop m'aventurer, c'est que beaucoup l'ont essayé, et que très peu ont réussi. Enveloppements chauds, sinapismes, vésicatoires, que n'a-t-on pas employé dans ce but, et que de fois les espérances que l'on avait fondées sur cette ressource précaire n'ont-elles pas reçu le plus cruel démenti! N'oubliez jamais d'ailleurs que, pendant le temps nécessaire pour qu'un vésicatoire prenne, le malade peut être déjà mort.

A vrai dire, car avant tout je veux être parfaitement sincère, je suis moins incrédule aujourd'hui à l'action favorable des révulsifs que je ne l'étais il y a quelques années. Cette méthode compte à son actif quelques faits certains. M. Woillez nous en a cité plusieurs, notamment un beau succès de notre collègue Constantin Paul, par un enveloppement dans le suint. Avant hier, M. le Dr Rougeot me contait que ce moyen venait de lui donner les plus heureux résultats sur un enfant de sa clientèle, encore en cours de traitement. Je ne vois donc aucun inconvénient à essayer d'y recourir; mais à une double condition, c'est qu'on n'ait dans ce traitement que la confiance limitée qu'il mérite, et que l'on ne s'y attarde pas lorsque le danger devient absolument pressant.

Quoi qu'il en soit, si j'interroge mes observations, je vois que dans les cas franchement heureux il a bien pu y avoir une réapparition très fugace, très insignifiante des douleurs; et, cela n'est même pas nécessaire, le malade guérit sans cela.

Et, d'un autre côté, j'ai vu une malade succomber, chez laquelle les douleurs avaient reparu après les bains, et nous avaient donné des espérances qui ne se sont pas vérifiées.

Donc, qu'il vaille mieux que les douleurs articulaires reviennent, je l'accorde volontiers; que l'on soit fondé à tâcher d'en provoquer le retour, je l'accorde encore. Mais qu'on se souvienne que ce n'est pas une condition indispensable du succès.

Je viens de chercher ce que deviennent les douleurs après le traitement par les bains froids. Mais le malade que devient-il?

(*A suivre*).

NOUVELLES

— ECOLE PRATIQUE. — *Electricité médicale.* — M. le Dr Apostoli a commencé son cours le mercredi 22 décembre à deux heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

M. Gaiffe lui prêtera son concours pour les démonstrations physiques expérimentales.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Le Conseil donne un avis favorable relativement à la construction d'un pavillon nouveau à l'hôpital Saint-Antoine, en exécution du testament de M. Moïana. Il autorise également la reconstruction des services de la cuisine et des bains de cet établissement.

TABLE NÉCROLOGIQUE

Le Propriétaire-Gérant : V. CORNIL.

THÉRAPEUTIQUE

Parmi les médicaments analeptiques, le phosphate de chaux occupe une place très importante. On sait en effet que cette substance entre dans une assez grande proportion dans la composition de quelques-uns de nos tissus. On le trouve à l'état de diffusion dans le sang, où il est dissous à l'aide de l'acide carbonique contenu dans le plasma, et dans les humeurs de l'organisme, notamment dans le sperme. Mais c'est dans le tissu osseux principalement qu'on le rencontre dans des proportions considérables : les os renferment environ 52 pour 100 de ce principe, ce qui donne pour le squelette humain, dont le poids moyen est de 5 kil. 500, le chiffre élevé de 2 kil. 86 de phosphate de chaux.

C'est donc surtout dans les affections du tissu osseux qu'on emploiera avec avantage le phosphate de chaux. Ainsi, dans les fractures, l'administration de ce sel favorisera la formation du cal osseux et facilitera le travail de consolidation; dans le rachitisme, dont la cause principale est dans la suppression de l'allaitement et dans le sevrage prématuré, le lait renfermant une quantité très notable de chaux, on devra également administrer ce sel calcaire. Ce médicament trouve encore un emploi très rationnel dans l'ostéomalacie, dans le mal de Pott et dans la scrofule. Enfin, suivant les analyses de Mouriez, l'alimentation dans les villes étant défectueuse sous le rapport de sa teneur en phosphate de chaux, on devra l'administrer aux femmes enceintes, aux nourrices et aux enfants qui, dans les cités populeuses, ne trouvent pas dans leurs aliments la quantité de phosphate calcaire qui leur est nécessaire. On remédiera de cette façon aux graves inconvénients qui résultent de l'insuffisance de ce sel et on rendra la dentition des enfants plus facile et leur croissance plus rapide.

Le phosphate de chaux rend encore de grands services dans la tuberculose au premier degré en favorisant la *crétification* des tubercules, le seul mode de guérison que l'on puisse espérer dans cette redoutable affection.

Dans les périodes plus avancées de la maladie, si l'on doit abandonner tout espoir de guérison, du moins on trouvera dans le phosphate de chaux un précieux médicament; il servira à contre-balancer l'élimination exagérée de ce principe qui a lieu chez ces malades; il servira en outre à diminuer les sueurs nocturnes et à combattre les diarrhées qui épuisent si rapidement les tuberculeux.

Telles sont les affections dans lesquelles l'emploi du phosphate de chaux trouve des indications précises et rationnelles. On l'a préconisé encore dans une foule d'autres maladies, comme l'anémie, la chlorose, les affections du système nerveux, etc.; mais nous avouons ne pas saisir les raisons pour lesquelles on a recommandé ce médicament dans ces affections. Nous nous garderons bien, quant à nous, de faire du phosphate de chaux une panacée universelle, car c'est, à notre avis, jeter du discrédit sur un composé très utile déjà dans un si grand nombre de cas.

Après avoir indiqué très sommairement les principales applications thérapeutiques du phosphate de chaux, il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les diverses formes sous lesquelles on l'a employé.

Le phosphate de chaux se présente sous trois formes : 1° le phosphate tribasique ; 2° le phosphate neutre ou bibasique ; 3° le phosphate acide. Les deux premiers sont insolubles dans l'eau, mais sont solubles dans les acides; le dernier seul est soluble dans l'eau.

Si l'on administre le phosphate tribasique ou le phosphate neutre, ils ne seront absorbés qu'après avoir été dissous dans l'estomac à l'aide de l'acide du suc gastrique; mais dans ce cas, une faible quantité seulement de ces sels sera dissoute et absorbée; le reste sera éliminé en pure perte avec les fèces. C'est pourquoi on a dissous ces phosphates, soit dans l'acide lactique, soit dans l'acide chlorhydrique, pour en favoriser l'absorption. Mais il nous semble inutile d'avoir recours à ces diverses solutions, puisque nous possédons un phosphate calcaire parfaitement soluble lorsqu'il est bien pur, le phosphate monocalcique.

Voir plus loin : **Solution Dubost.**

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.

48e VOLUME. — SÉRIE III.

TABLE DES MATIÈRES

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

POUR L'ANNÉE 1880

TABLE DES AUTEURS PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

Propriétés de la térébenthine. — Bouchardat « excitant énergique dont l'action se porte surtout sur les membranes muqueuses de l'appareil génito-urinaire dont elle diminue la sécrétion. Elle est très utile dans les catarrhes chroniques de la vessie et de l'urèthre, dans certaines diarrhées muqueuses. On l'a vantée dans les catarrhes chroniques du poumon et pour retarder la fonte tuberculeuse chez les phthisiques. »

Propriétés de l'essence de térébenthine. — Douglas (la blennorrhée, les hémorrhagies, la fièvre ordinaire, la péritonite puerpérale).

Durande (calculs biliaires, coliques hépatiques).

Récamier et autres (névralgies, rhumatisme, sciatique, néphrite, goutte, rétention d'urine, constipation opiniâtre, salivation mercurielle vers intestinaux, etc.).

Vallon (partant de ce principe que l'essence de térébenthine est un remède merveilleux contre les névralgies sous quelque forme quelles se présentent, quel que soit leur lieu d'élection, nous avons appliqué aux migraines le traitement par l'essence de térébenthine).

Pour beaucoup de praticiens, la térébenthine est un sûr succédané du copahu.

Les ouvrages sont remplis de formules telles que mixtures avec jaune d'œuf, avec du miel, des mucilages, opiats avec magnésie.

Ces diverses préparations, certainement actives, sont peu prisées par le malade qui a pour elles une répugnance invincible.

Il n'en est pas ainsi avec les *Ovules suédois*, exempts d'odeur et de saveur et d'une déglutition très facile.

Ces pilules, riches en essence de térébenthine, puisqu'elles renferment 30 centigr. de térébenthine qui représentent 10 centigr. d'essence, trouvent donc facilement leur emploi dans une foule de cas à la grande satisfaction du médecin et du malade.

Dose : de 6 à 12 pilules par jour suivant généralement les maladies il fautcommencer par les fortes doses et continuer par les petites.